

الحمد لله
الرحمن الرحيم



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده پزشکی

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای عمومی

عنوان : بررسی فراوانی بی خوابی و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به پزشکان عمومی

شاغل در مطب های خصوصی

استاد راهنما :

خانم دکتر زهره یزدی

استاد مشاور :

دکتر محمد علی زحل

نویسنده :

عاطفه پیشگاهی

تیرماه ۹۴

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۵	چکیده مقاله
	فصل اول:
۷	مقدمه
۷	بیان مسئله
	فصل دوم:
۱۶	مروری بر متون
	فصل سوم:
	روش بررسی
۲۶	اهداف
۲۷	فرضیه ها و سوالات پژوهش
۲۷	روش اجرا
۲۸	جمعیت مورد مطالعه
۳۰	روش تجزیه و تحلیل داده ها
	فصل چهارم:
۳۱	نتایج مطالعه

فصل پنجم :

۶۰ بحث و نتیجه گیری
۶۴ پیشنهادات
۶۶ فهرست منابع
۷۱ چکیده انگلیسی
۷۳ پیوست

چکیده

مقدمه : خواب از نیازهای فیزیولوژیک اساسی بشر بوده و یک حالت منظم تکرارشونده و به آسانی برگشت پذیر ارگانیسم است که با بی حرکتی نسبی و بالا رفتن قابل توجه آستانه واکنش به محرک های خارجی در مقایسه با حالت بیداری مشخص است . خواب به عنوان یک عامل مهم در وضعیت سلامتی انسان ها از دیرباز مورد توجه بوده است . عوامل فیزیکی ، عاطفی و هیجانی زیادی می توانند الگوی خواب را به هم بزنند و در خواب اختلال ایجاد نمایند. اختلال خواب به مواردی اطلاق می گردد که بیمار از یک یا بیشتر از یکی از مشکلاتی مانند بی خوابی ، بیدار شدنهای مکرر در طول خواب شبانه ، افزایش خواب در طول روز و یا حرکات ، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشند .

روش بررسی : این مطالعه به روش توصیفی- تحلیلی است که براساس جمع آوری اطلاعات ، در گروه توصیفی قرار می گیرد. به منظور گردآوری دیدگاه صاحب نظران در مورد این موضوع خاص و رتبه بندی درجه اهمیت آن از رویکرد پیمایشی استفاده شده است. جمعیت مورد مطالعه ۲۵۰ نفر از مراجعه کنندگان به پزشکان عمومی شاغل در مطب های خصوصی بوده اند و اطلاعات حاصل از جوابگویی این افراد به پرسشنامه ارزیابی بی خوابی (Insomnia Severity Index) توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردیده است.

یافته ها : میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۴۴.۸۹ سال بوده است . فراوانی بی خوابی مراجعه کنندگان به صورت ۲۴.۸۰٪ بدون بی خوابی ، ۴۱.۶۰٪ بی خوابی ملایم ، ۲۷.۲٪ بی خوابی متوسط و ۶.۴۰٪ بی خوابی شدید بوده است . از بین ۲۵۰ نفر از شرکت کنندگان این پژوهش ۴۶.۸٪ از افراد از وضعیت خواب خود رضایت داشتند و ۵۳.۲٪ دیگر از وضعیت خواب خود رضایت نداشته اند.

نتیجه گیری : نتایج نشان می دهد که مشکل بی خوابی با میزان تحصیلات ، مصرف دارو ، ساعت کاری ،

شیفت کاری ، مصرف سیگار و محل سکونت رابطه معناداری وجود ندارد . اما در مقابل بین بی خوابی با

سن افراد ، وضعیت تاهل ، جنسیت و پای بی قرار رابطه ی معناداری وجود دارد.

کلمات کلیدی : بی خوابی ، کیفیت خواب ، رضایت مندی از خواب ،مراجعه کنندگان به پزشکان عمومی

فصل اول

مقدمه و بیان مسئله

مقدمه

خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی و بر پایه ریتم بیولوژیک هر روز تکرار می‌شود. خواب به تجدید قوای ذهنی و فیزیولوژیکی کمک می‌کند و برای پذیرفتن وظایف و نقشهای جدید لازم است. عوامل فیزیکی، عاطفی و هیجانی زیادی می‌توانند الگوی خواب را به هم بزنند و در خواب اختلال ایجاد نمایند. اختلال خواب به مواردی اطلاق می‌گردد که بیمار از یک یا بیشتر از یکی از مشکلاتی مانند بی‌خوابی، بیدار شدنهای مکرر در طول خواب شبانه، افزایش خواب آلودگی در طول روز و یا حرکات، حالات و احساسات غیر عادی در طول خواب شکایت داشته باشد. خواب و استراحت جز نیازهای فیزیولوژیک و اساسی انسان می‌باشد که با برآورده نشدن آن حیات انسان به خطر می‌افتد. میزان خواب افراد همواره تحت تأثیر عوامل خارجی و داخلی همچون سن، جنس، دارو، بیماری، جراحی، عوامل فیزیکی و روانی اجتماعی قرار می‌گیرد.

بیان مسأله

بی‌خوابی ترجمه کلمه لاتین *insomnia* و به معنی نبودن خواب است. تعریف بی‌خوابی به صورت ناتوانی در به خواب رفتن و یا ادامهی خواب است که یک دوره‌ی زمانی معقولی به طول بیانجامد. همچنین بی‌خوابی برای حالتی هم به کار می‌رود که بیدار شدن همراه با احساس سرحالی و شادابی نباشد. بی‌خوابی یک بیماری نیست. آن فقط یک علامت کلی مثل درد و یا تب است و تنها می‌تواند علامتی از وجود یک مشکل باشد.

افراد دچار بی‌خوابی غالباً شکایت می‌کنند که قادر به بستن چشم‌هایشان و خوابیدن نیستند و می‌گویند که به اندازه‌ی کافی نمی‌خوابند. ولی غالباً مشکل اصلی این است که خواب آن‌ها رضایت‌بخش و آرام نیست. بر طبق تحقیقات انجام شده، حدود ۳۰-۴۰٪ بزرگسالان می‌گویند که علایم بی‌خوابی را به صورت گاهگاهی در طی یک سال گذشته داشته‌اند و حدود ۱۰-۱۵٪ آنها بی‌خوابی مزمن دارند. شیوع بی‌خوابی با افزایش سن افزایش می‌یابد.

بی‌خوابی را می‌توان بر اساس عواملی طبقه‌بندی کرد. یکی از انواع طبقه‌بندی بر اساس مدت بی‌خوابی است. بر این اساس ۳ گروه بی‌خوابی وجود دارد: گذرا، حاد و مزمن.

نوع دوم طبقه‌بندی بی‌خوابی بر اساس علت آن به دو نوع اولیه و ثانویه است.

بی‌خوابی اولیه: این نوع بی‌خوابی نسبتاً نادر است. درنوع اولیه هیچ مشکل پزشکی یا زمینه‌ای شناخته شده وجود ندارد ولی به نظرمی‌رسد که دستگاه عصبی در این افراد بیش‌فعال باشد. مطالعات بر روی این افراد نشان داده است که این افراد متابولیسم پایه و سطوح هورمون استرس بالاتری دارند. در بیشتر موارد ایجاد یک چرخه‌ی معیوب سبب پایدار ماندن بی‌خوابی در این بیماران می‌شود. به این معنی که بعد از رویارویی با چند شب بی‌خوابی، به تدریج اتاق خواب را با بیدار بودن همراه می‌کنند و ورود به اتاق خواب سبب ایجاد استرس در آن‌ها خواهد شد. این اضطراب موجب هشیاری بیشتر شده و جلوی ایجاد آرامش و شروع خواب را می‌گیرد. با به کاربردن راهکارهایی می‌توان از ایجاد این امر پیشگیری کرد.

بی‌خوابی ثانویه: در بی‌خوابی ثانویه، مشکلات خواب فرد قابل انتساب به یک بیماری زمینه‌ای مثل اختلال اضطرابی منتشر یا دوقطبی، آپنه خواب، نارکولپسی و یا درد قفسه سینه است. بهترین درمان برای این نوع بی‌خوابی، برطرف کردن مشکل زمینه‌ای مثل درمان درد زانو است.

همچنین بی‌خوابی بسته به اینکه در چه بخشی از شب اتفاق بیفتد به انواع بیخوابی ابتدای شب (مشکل در به خواب رفتن در ابتدای شب)، بیخوابی به صورت بیدار شدن مکرر در طی شب و بیخوابی صبحگاهی (بیدار شدن زودرس صبحگاهی و ناتوانی در به خواب رفتن مجدد) تقسیم می‌شود. همچنین نارضایتی از خواب شبانه و ایجاد اختلال در عملکرد روزانه نیز به عنوان یکی از انواع بیخوابی در نظر گرفته می‌شود.

مطالعات زیادی در کشورهای مختلف جهت بررسی شیوع بیخوابی در جمعیت عمومی آنها انجام شده است. در مطالعه ای که در برزیل انجام شد ۴۰۸ نفر با استفاده از پرسشنامه بیخوابی بررسی شدند. شیوع بیخوابی در این مطالعه ۲۲٪ برآورد گردید. زنان بیشتر از مردان و افراد با تحصیلات کمتر بیشتر از افراد با تحصیلات بیشتر از بیخوابی رنج می‌بردند. افراد بالای سن ۳۰ سال نیز بیشتر از دیگران دچار بیخوابی بودند. همچنین ۷٪ افراد سابقه مصرف داروی خواب آور را در طی ماه گذشته داشتند.

در بررسی دیگری که در آمریکا انجام شد حدود ۳۵٪ افراد سابقه وجود مشکل بیخوابی را در یک سال گذشته داشتند. ۷٪ افراد نیز سابقه مصرف داروهای خواب آور را در طی سال گذشته داشتند که ۲۶٪ با تجویز پزشک و ۴۰۵٪ بدون تجویز پزشک بود.

در یک مطالعه اپیدمیولوژیک بزرگ دیگری که در سنگاپور انجام گردید ۲۴۱۸ نفر در سنین بین ۱۵ تا ۶۰ سال بررسی گردیدند. ۱۵.۳٪ این افراد دچار بیخوابی بودند. در این مطالعه تفاوت قابل توجهی بین افراد دچار بیخوابی و بدون بیخوابی در رابطه با تحصیلات وجود نداشت.

بر اساس اطلاعات ما تا کنون مطالعه ای که شیوع بیخوابی را در جمعیت ایرانی بررسی کند انجام نشده است. در این مطالعه ما فراوانی بیخوابی را در بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی بررسی می نماییم.

انسانها بطور میانگین یک سوم از زمان عمر خود را در مراحل خواب می گذرانند و یک فرد بالغ حداقل به ۸ ساعت خواب در شبانه روز طی چهار الی شش سیکل ۹۰ دقیقه ای به طور منظم نیاز دارد. اختلالات خواب شیوعی در حدود ۳۰ درصد در جوامع انسانی دارد. اختلالات خواب به سه دسته کلی اشکال در مرحله بخواب رفتن مثل داشتن افکار آشفته و مشوش، اشکال در مرحله تداوم خواب مثل راه رفتن در خواب و شب ادراری و اشکال مربوط به مرحله بیدار شدن از خواب مثل زودتر از موعد مقرر از خواب بیدار شدن تقسیم می شود. با توجه به اهمیت خواب و استراحت کافی از نظر رشد و ترمیم سلول های آسیب دیده و استراحت سلولی، داشتن دوره خواب و استراحت کافی در بیماران مختلف از جمله بیماری های قلبی عروقی مثل نارسائی قلب، بیماریهای ایسکمیک قلبی نقش بسیار مهمی در روند سلامت آنان خواهد داشت. نارسائی قلبی به زمانی اطلاق می شود که قلب به دلایل مختلف از جمله آسیب سلولهای میوکارد قادر به تامین نیازهای فیزیولوژیک سلولهای بدن از نظر اکسیژن و مواد غذائی نباشد. همچنین زمانی که قدرت عضلانی قلب به نحوی کاهش یافته باشد که کسر تخلیه ای بطن چپ به کمتر از ۴۰ درصد رسیده باشد به آن نارسائی قلب گفته می شود. در بیماران با نارسائی قلبی از طریق کاهش فعالیتها، خواب و استراحت کافی می توان نیازهای متابولیک بدن و قلب را تقلیل داده و سبب کاهش پیشرفت بیماری و بروز علائم در آنها شود.

در مطالعه Parker مشخص گردید که مشکل خواب در بیماران با نارسائی قلبی نسبت به افراد بدون این بیماری از شیوع بیشتری برخوردار است و عواملی همچون مشکلات تنفسی، افزایش سن، دارو، اضطراب و افسردگی در این امر نقش بسزائی دارند.

آقای Maksimova و همکاران بر روی ۴۰۰۰ نفر از افراد بالای ۲۰ سال با هدف تعیین شیوع اختلالات قلب و عوامل مرتبط با آن انجام شد شیوع اختلالات قلب ۳۰ درصد بدست آمد که با جنس مؤنث، سن

بالا، وزن زیاد یا کم، تغییر محل زندگی و کار ارتباط داشت. این مطالعات اهمیت نقش پرستاران را در شناسایی مشکلات خواب در بیماران با نارسایی قلبی و ارائه مراقبت های بهتر از آنان را مشخص می کند. نزدیک به یک سوم دوران زندگی ما در خواب میگذرد. خواب باکیفیت، نقش اساسی در سلامتی و بهزیستی زندگی افراد دارد. همچنین خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است. بدون خواب مناسب، بدن توانایی و قدرت زندگی را از دست میدهد؛ ذهن ضعیف میشود و خلق فرد دچار تغییر می شود. نظر به اهمیت سلامت خواب، مطالعات گسترده ای در بررسی جنبه های گوناگون اختلالات خواب صورت پذیرفته است. بسیاری از این مطالعات به بررسی کیفیت خواب به عنوان یک شاخص مطرح از سلامت عمومی فرد پرداخته اند. اختلال خواب وضعیتی است که با مختل شدن الگو رفتارهای مربوط به خواب مشخص می شود. اختلال خواب اغلب نشانه اولیه یک بیماری روانی است و برخی از اختلالات خواب با تغییرات در فیزیولوژی خواب همراه است. ازسوی دیگر اختلالات خواب می توانند به صورت مستقیم و غیرمستقیم برای زندگی افراد تهدید جدی به شمار روند و نه تنها بر زندگی خود فرد بلکه بر خانواده، همکاران و در نهایت جامعه اثرگذار باشند. اختلالات خواب، اختلال در نظم، کمیت و کیفیت خواب است که منجر به نقص در کارکرد روزانه شخص میشود. انجمن روانپزشکی آمریکا چهار دسته اختلال در ارتباط با خواب عنوان کرده است که عبارتند از:

اختلال در شروع تداوم خواب و بیداری زودرس.

وجود خواب آلودگی مفرط.

اختلال در برنامه خواب و بیداری.

ناهنجاری های خواب موسوم به پاراسومنیا.

متغیرهای مستقل و وابسته و مدل مفهومی تحقیق

متغیرهای مستقل :

سن

جنسیت

تحصیلات

مصرف داروی خواب آور

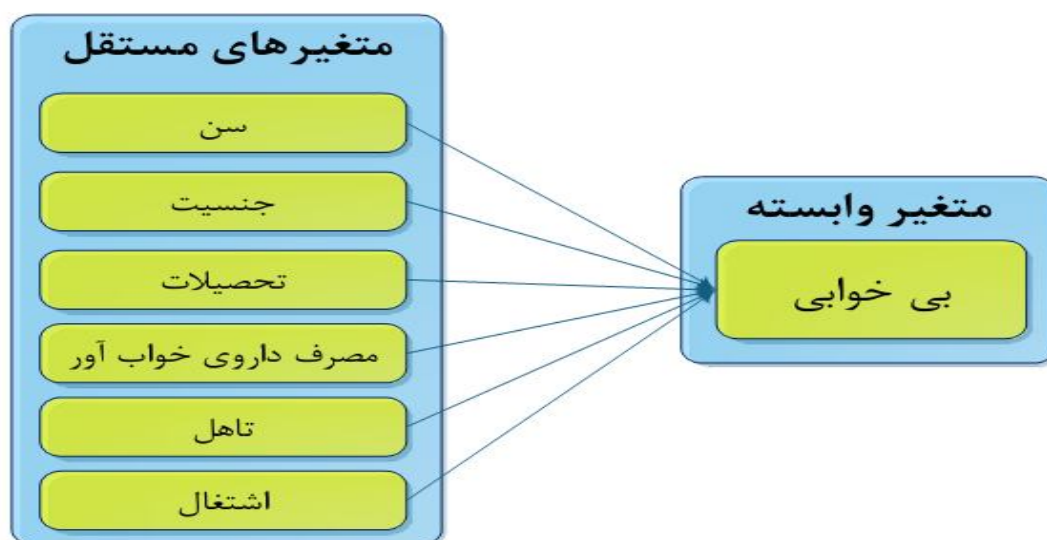
تاهل

اشتغال

متغیر وابسته :

بی خوابی

مدل مفهومی تحقیق



روش گردآوری اطلاعات (میدانی، کتابخانه ای و غیره)

برای انجام کارهای پژوهشی، ابزار گردآوری اطلاعات لازم است. این ابزارها شامل پرسشنامه، مصاحبه، مشاهده و مدارک و اسناد است. در مورد مبانی نظری تحقیق، ابزار گردآوری اطلاعات، استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای خواهد بود که از نوع ابزار بررسی مدارک سازمانی و اسناد ثانویه است و در مورد داده‌های آمار تحقیق، از ابزار پرسشنامه جهت شناسایی روابط بین متغیرهای تحقیق استفاده خواهد شد. جهت جمع

آوری اطلاعات در این پژوهش، نیز بسته به نیاز بخش‌های مختلف از روش‌های متعددی استفاده می‌شود که مهم‌ترین آنها به قرار زیر است:

مطالعات نظری و کتابخانه‌ای

یکی از مراحل جمع‌آوری اطلاعات استفاده از کتابخانه می‌باشد که اهداف آن به شرح ذیل می‌باشد:

✓ کسب اطلاعات اولیه راجع به موضوع مورد تحقیق.

✓ اخذ تصمیم در مورد این‌که چه محلی و چه اشخاصی باید مورد مطالعه قرار گیرند.

✓ یافتن اطلاعات از سوابق موضوع مورد تحقیق.

✓ گرفتن تجربه از آنچه تا به حال انجام شده است.

✓ استفاده از آمارها و کتاب‌های مأخذ و اسناد موجود.

کتابهای مختلف فارسی و لاتین

با انجام مطالعات کتابخانه‌ای جهت تکمیل بخش‌هایی از این تحقیق سعی در فراهم آوردن پایه علمی مناسب برای پژوهش مورد نظر خواهد شد. بدین منظور با استفاده از کتب موجود در کتابخانه‌های مختلف و با استفاده از متون متنوع، تلاش می‌شود تا اطلاعات دقیق و صحیحی درباره موضوع پژوهش داشته و پایه علمی مناسب برای تحلیل در اختیار قرار گیرد.

رساله‌ها و پایان‌نامه‌ها

با مراجعه به رساله‌های دکتری و پایان‌نامه‌های کارشناسی ارشد موجود در دانشگاه‌های معتبر کشور سعی در استفاده از نقاط قوت آنها در راستای بهبود روش کار خواهد شد.

در این تحقیق جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده می گردد.

فصل دوم

مروری بر متون

تا کنون مطالعات فراوانی در زمینه بررسی فراوانی بی خوابی و عوامل موثر در آن به صورت جداگانه انجام شده است که در این بخش به بررسی برخی از متون و مقالات علمی منتشر شده می پردازیم .

بیش از ۳۰ درصد مردم دنیا از اختلالات خواب رنج می برند. خواب آلودگی طی روز منجر به خطا و گاهی حوادث و فجایع بشری در جوامع صنعتی شده است و آمارهای متغیری بین ۴۱-۲ درصد در زمینه تصادفات و مرگهای مرتبط با آن گزارش شده است. و خطر مرگ و میر افرادی که بیش از ۸/۵ ساعت و یا کمتر از ۳/۵ ساعت در شب می خوابند ۱۵ درصد بیشتر از کسانی است که به طور متوسط ۷ ساعت در شب می خوابند. عوامل متعددی نظیر سن و جنس به همراه عوامل محیطی و شغلی در میزان بروز اختلالات خواب دخیل هستند. در بین تمامی مشاغل و حرفه ها و افراد ، اختلالات خواب در بین دانشجویان مخصوصا دانشجویان علوم پزشکی از اهمیت بیشتری برخوردار است. دانشجویان علوم پزشکی با توجه به نیاز به فعالیت های شبانه در بعضی مراحل، بالا بودن میزان استرس و فشارکاری، بیشتر در معرض اختلالات خواب قرار می گیرند. همچنین زندگی در خوابگاهها باعث کاهش کیفیت زندگی می شود.

براساس مطالعه رگستین و همکاران بر روی دانشجویان دختر، شیوع اختلال خواب در این قشر ۲ تا ۵ برابر بیشتر از سایر افراد گزارش شده است. پاگال در بررسی الگوی خواب و بیداری شماری از دانشجویان دریافت که ۶۹/۷ درصد دانشجویانی که معدل دروس آنها پایین بود، در به خواب رفتن مشکل داشتند . همچنین ۶۵/۶ درصد گروه اخیر گزارش نمودند که شبها پیوسته قدم میزنند، زیرا نمیتوانند به خواب روند و

۷/ ۷۲ درصد کسانی که کیفیت خواب پایین داشتند، با اشکال در زمینه تمرکز و توجه در روز رو به رو بودند.

مطالعات زیادی در کشورهای مختلف جهت بررسی شیوع بیخوابی در جمعیت عمومی آنها انجام شده است. در ادامه به برخی از این موارد اشاره می شود:

در مطالعه ای که در برزیل انجام شد ۴۰۸ نفر با استفاده از پرسشنامه بیخوابی بررسی شدند. شیوع بیخوابی در این مطالعه ۲۲٪ برآورد گردید. زنان بیشتر از مردان و افراد با تحصیلات کمتر، بیشتر از افراد با تحصیلات بیشتر از بیخوابی رنج میبردند. افراد بالای سن ۳۰ سال نیز بیشتر از دیگران دچار بیخوابی بودند. همچنین ۷٪ افراد سابقه مصرف داروی خواب آور را داشتند.

در بررسی دیگری که در آمریکا انجام شد حدود ۳۵٪ افراد، سابقه وجود مشکل بیخوابی را در یک سال گذشته داشتند. ۷٪ افراد نیز سابقه مصرف داروهای خواب آور را در طی سال گذشته داشتند.

در یک مطالعه اپیدمیولوژیک بزرگ دیگری که در سنگاپور انجام گردید ۲۴۱۸ نفر در سنین بین ۱۵ تا ۶۰ سال بررسی گردیدند. ۱۵.۳٪ این افراد دچار بیخوابی بودند. در این مطالعه تفاوت قابل توجهی بین افراد دچار بیخوابی و بدون بیخوابی در رابطه با تحصیلات وجود نداشت.

محمدی و شهپریان (۱۳۹۰) در مطالعه خود به بررسی کیفیت خواب، اختلالات خواب و خواب آلودگی روزانه و فاکتورهای مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی سیستمیک قلبی پرداختند. مطالعه آنها یک مطالعه مقطعی بود که بر روی یکصد مرد بیمار مبتلا به نارسایی سیستمیک قلبی به روش نمونه‌گیری ساده انجام دادند. داده ها توسط پرسشنامه خواب آلودگی اپورث، مقیاس اختلالات خواب، شاخص کیفیت خواب پیتز بورگ جمع آوری شدند و اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی، تی تست، آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب هم بستگی پیرسون تحلیل شدند. مطالعه آنها نشان می دهد که همه ی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت خواب پایین و ۳۵٪ خواب آلودگی روزانه خفیف داشتند. آنها این چنین گزارش نمودند که شایع ترین نوع اختلال خواب، بی خوابی و آپنه خواب بود. نتایج مطالعه گواه بر این امر است که کیفیت خواب با سن، تحصیلات، مصرف سیگار و اختلالات خواب با درآمد، شاخص توده بدنی، تحصیلات، مصرف سیگار، ابتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، مصرف داروهای مهار کننده ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین و مسدودکننده های آنژیوتانسین رابطه ی آماری معنی داری دارند. بنابراین بر اساس نتایج گزارش آنها می توان بیان نمود که مردان مبتال به نارسایی سیستمیک قلبی کیفیت خواب پایین داشته

و بی‌خوابی، آپنه خواب و خواب آلودگی روزانه از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به نارسایی قلب می باشد.

موسوی و همکاران در یک مطالعه مقطعی به بررسی شیوع اختلالات خواب و عوامل مرتبط با آن در ۴۰۷ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران پرداختند روش نمونه گیری چندمرحله ای- تصادفی بود و داده ها به کمک پرسشنامه خواب و عاداتهای روزانه جمع آوری شدند. ۶۳/۱ درصد زن و ۹/۱ درصد افراد مورد بررسی کیفیت خواب خود را عالی، ۳۶/۱ درصد خوب، ۳۹/۳ درصد رضایت بخش، ۱۳/۵ درصد ضعیف، و ۲ درصد خیلی بد توصیف کردند. ارتباط آماری معنی داری میان کیفیت خواب افراد با زمان به رختخواب رفتن، مشکل در آغاز خواب، بیدار شدن از خواب به دلیل سرو صدای محیط، بیدار شدنهای پی در پی شبانه، مدت زمان چرت زدن در روز، زمان نامتعارف رفتن به رختخواب در شب، بیدار شدن در ساعات اولیه بامداد، احساس خستگی و خواب آلودگی در هنگام شرکت در کلاس درس مشاهده شد. این مطالعه نشان داد اختلالات خواب در میان انترنها و استاژرها شایع است.

مرضیه نجومی و همکاران در یک مطالعه توصیفی، توسط پرسشنامه ای برگرفته از روانپزشکی کاپلان و پرسشنامه بررسی عادات روزانه (S-DHQ) به بررسی الگوی خواب و شیوع انواع اختلالات خواب در بین ۴۰۰ دانشجوی و دستیار پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداختند. اطلاعات بدست آمده توسط نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (شامل میانگین، انحراف معیار، ANOVA و آزمون T تحلیل شد در بین انواع بیخوابی، خواب منقطع بیشترین (۴۹ درصد) و دوره نهمنگی خواب بیشتر از یک ساعت کمترین (۳/۷ درصد) شیوع را داشت. از انواع پاراسومنیا، کابوس شبانه بیشترین (۳۲ درصد) و عادت خوردن شبانه کمترین (۱ درصد) شیوع را داشت. هیچ موردی از نارکولپسی گزارش نشد. انواع اختلالات خواب با بروز احساس خستگی مفرط طی روز و نارضایتی فرد از عملکردش ارتباط داشت که این ارتباط نیز مانند شیوع بیخوابی در خانمها و گروه کارورزان بطور معنی داری بیشتر بود. در نتیجه انواع اختلالات خواب باعث نارضایتی فرد از عملکرد و احساس خستگی طی روز به خصوص در زنان میشود.

رسول اسلامی اکبر در پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی به بررسی شیوع اختلالات خواب و برخی علل و پیامدهای مرتبط با آن در دانشجویان ساکن خوابگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم در سال ۱۳۸۷ پرداختند. جمع اوری داده ها در این پژوهش از طریق خود گزارش دهی با استفاده از پرسشنامه هایی که روایی و پایانی آن مورد تایید قرار گرفته بود انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۴۱۸ نفر از دانشجویان ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی جهرم بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. داده ها با کمک نرم

افزار SPSS وبا روش آمار توصیفی و آزمون مربع کا تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که ۸۸/۹٪ دانشجویان دختر و ۸۴/۵٪ دانشجویان پسر ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی جهرم دچار اختلال خواب هستند. بیشترین علت اختلال خواب در دانشجویان رشته های مختلف وجود شرایط فیزیکی نامناسب در محیط خوابگاه و بیشترین فراوانی در میان پیامدهای اختلالات خواب دانشجویان احساس خستگی و عدم احساس نشاط در طول روز است. با توجه به نتایج بدست آمده انجام تدابیر مناسب در راستای بررسی علل اختلال خواب دانشجویان و کاهش پیامدهای سوء ناشی از آن که تاثیر مستقیم روی پیشرفت تحصیلی و میزان یادگیری دانشجویان دارد بسیار با اهمیت و نیازمند توجه جدی مسئولین ذیربط میباشد.

محمد علی محمدی و همکاران در مطالعه توصیفی-مقطعی به بررسی شیوع انواع اختلالات خواب بین ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه های شهر اردبیل پرداختند. ابزار گردآوری، اطلاعات پرسشنامه تنظیمی در بخشهای دموگرافیک بررسی اختلال در شروع خواب اختلال در تداوم خواب و اختلال در بیدار شدن بوده است. داده ها توسط پرسشگران و به صورت نمونه گیری تصادفی جمع و وارد نرم افزار SPSS شده و با استفاده از آمار توصیفی و کاسکور تجزیه و تحلیل گردید که ۵۶/۱ درصد نمونه ها زن و ۸۴/۵ درصد مجرد ۵۷/۵۰ درصد ساکن منزل شخصی بودند. میانگین سنی ۲۳/۶۳ سال بود. ۷/۹۱ درصد نمونه ها از داروهای آرام بخش استفاده می کردند. در مجموع ۴۳/۱۰ درصد دانشجویان دچار اختلال خواب بودند. ۱۹/۹۰ درصد اشکال در شروع خواب ۱۷ درصد اختلال در تداوم خواب داشته ۶/۳۰ درصد دچار بیداری زودرس بودند. نتایج نشان داد بین اختلال خواب و مصرف دارو، اشتغال، دانشگاه محل تحصیل و وضعیت تاهل، رابطه آماری معناداری وجود داشته و وجود بالای اختلالات خواب در دانشجویان ممکن است سلامت و عملکرد کلی و روزانه آنها را تحت تاثیر قرار دهد.

رضا قانع و همکاران به بررسی کیفیت خواب در یک مطالعه توصیفی - تحلیلی، بین ۱۶۰ دانشجوی پرستاری ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۹ پرداختند. نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسش نامه کیفیت خواب پیتزبورگ بود. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تحلیل قرار گرفت. میزان شیوع اختلال خواب در دانشجویان پرستار ۴۳/۱ درصد بود. یافته ها بیانگر آن بود ۹/۲ درصد دانشجویان پسر و ۹/۵ درصد دانشجویان دختر از داروهای خواب آور استفاده می کردند. بین مصرف خواب آورها با کیفیت خواب ارتباط معنی دار آماری وجود داشته است. به طوری که ۹۳/۳۰ درصد افرادی که دارو

مصرف میکردند کیفیت خواب بدی داشتند. یافته ها اختلاف معنی داری بین دانشجویان دختر و پسر از نظر اختلال خواب نشان ندادند. بررسی های آماری نشان داد که بین کیفیت خواب و زمان کلی خواب شبانه ارتباط معنی داری وجود دارد. که بر اساس نتایج این مطالعه شیوع اختلال خواب در دانشجویان پرستاری نسبت به شیوع آن در جامعه کلی، بالاتر میباشد. با توجه به اهمیت خواب و استراحت و نقش آن در حافظه، آموزش و یادگیری به کارگیری روش های مناسب جهت بهبود خواب دانشجویان ضروری به نظر میرسد.

سید ابوالفضل قریشی و همکاران در بررسی کیفیت خواب در دانشجویان پزشکی زنجان در سال ۱۳۸۷ طی پرسشنامه های تهیه شده شامل اطلاعات دموگرافیک، مقیاس خواب آلودگی اپپورث و پرسش نامه سنجش کیفیت خواب پیتزبورگ به روش سرشماری در بین تمامی دانشجویان دانشکده پزشکی زنجان توزیع و پس از تکمیل جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS انجام شد. در مجموع ۱۳۳ نفر کیفیت خواب مطلوب و ۹۱ نفر کیفیت خواب نامطلوب داشتند. شیوع کیفیت خواب نامطلوب در مقطع علوم پایه (۲۴/۶۰٪)، فیزیوتراپولوژی (۴۲/۹۰٪)، کارآموزی (۴۱/۷۰٪) و کارورزی (۵۳/۵۰٪) بود. شیوع کیفیت خواب نامطلوب در افراد ساکن در خوابگاه ۳۷/۶۰٪، منزل دانشجویی ۴۴/۶۰٪، زندگی با والدین ۲۰/۸۰٪ و منزل شخص متأهلی ۶۱/۵۰٪ بود. ۳۵/۸۰٪ از افراد مجرد و ۶۴/۹۰٪ از افراد متأهل کیفیت خواب نامطلوب داشتند. ۵۷/۹۰٪ از افراد با وضعیت اقتصادی پایین کیفیت خواب نامطلوب داشتند. این میزان برای وضعیت اقتصادی متوسط ۴۶/۹۰٪ و برای وضعیت اقتصادی بالا ۳۳/۹۰٪ بود. ۴۷/۵۰٪ از دانشجویان با معدل کمتر از ۱۶ و ۳۲٪ از افراد با معدل بیشتر از ۱۶ کیفیت خواب نامطلوب داشتند. کیفیت خواب ارتباط واضحی با سابقه، افسردگی و اضطراب، BMI، جنس دانشجویان نشان نداده است. شیوع بالای کیفیت خواب نامطلوب منجر به عملکرد کلی و تحصیلی نامطلوب در تعداد زیادی از دانشجویان پزشکی می گردد.

علی آقاجانلو و همکاران در بررسی کیفیت خواب دانشجویان در طی دوره برگزاری امتحانات در دانشگاه علوم پزشکی زنجان در یک مطالعه توصیفی- مقطعی که در سال ۱۳۸۸ در دانشکده های پرستاری و مامایی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد، پس از کسب رضایتنامه کتبی، ۱۶۲ نفر از دانشجویان با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. در این پژوهش از ابزار دو قسمتی شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS آمار توصیفی و جدول فراوانی، آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل

شدند. میانگین سنی دانشجویان ۲۰/۶۲ بود. ۵۶/۸۰ درصد مونث بودند. در مجموع کیفیت خواب در ۱۳/۶۰ درصد از دانشجویان مطلوب و ۸۶/۴۰ نامطلوب بودند. ۵۴/۳۰ از دانشجویان دچار خواب آلودگی طی روز بودند که ارتباط معنی داری با کیفیت خواب نامطلوب داشت. کیفیت خواب نامطلوب به ترتیب برای پسران و دختران ۸۲/۹۰ درصد و ۸۹/۱۰ درصد بود؛ دو جنس از نظر کیفیت خواب اختلاف معنی داری با هم نداشتند. بیشتر دانشجویان از کیفیت خواب نامطلوب برخوردار بودند. با توجه به این که کارایی دانشجویان در دوره امتحانات ارتباط مستقیمی با کیفیت خواب آنان دارد و با توجه به نتایج مطالعه حاضر، افزودن آگاهی دانشجویان در مورد بهداشت خواب و فراهم کردن شرایط مناسب جهت بهره مندی از خواب مؤثر و سالم، بخصوص در دوران امتحانات ضروری بوده و به عنوان راهکارهایی جهت بهبود کیفیت خواب پیشنهاد میگردند.

ابرهیم مسعودنیا طی یک روش توصیفی و در قالب یک طرح پیمایشی و مقطعی به بررسی اعتیاد به اینترنت و خطر بروز اختلال خواب در بین ۵۳۵ نوجوانان (۲۱۸ پسر و ۳۱۷ دختر) دبیرستانهای شهر یزد پرداخت. ابزار سنجش تحقیق عبارت بود از آزمون اعتیاد به اینترنت (IAI) و شاخص کیفیت خواب (PITTSBORG(PSQI داده ها با استفاده از آمارهای T و ریگرسیون سلسله مراتبی چندگانه تحلیل شد. ۲۱/۷۰ درصد از نوجوانان، معتاد به اینترنت بوده و ۵۷/۲۰ درصد نیز کیفیت خواب نامطلوب داشتند. کاربران معتاد به اینترنت کیفیت خواب نامطلوب تری (۷۷/۶۰ درصد) در مقایسه با کاربران عادی (۵۱/۶۰ درصد) داشتند. تفاوت معنی داری میان کاربران عادی و کاربران معتاد به اینترنت، از نظر کیفیت کلی خواب، و نیز مؤلفه های کیفیت خواب ذهنی، نهفتگی خواب و اختلال در عملکرد روزانه وجود داشت. تحلیل ریگرسیون چند گانه سلسله مراتبی نشان داد که اعتیاد به اینترنت، ۴/۷۰ درصد از واریانس کیفیت خواب را تعیین کرده است در نتیجه استفاده افراطی از اینترنت، یک عامل خطر نیرومندی برای کیفیت خواب نوجوانان است. و خطر اختلال خواب در نوجوانان را افزایش میدهد بنابراین، به منظور کاهش اثرات منفی ناشی از استفاده بیش از حد از اینترنت بر خواب نوجوانان، لازم است که مداخله های رفتاری و شناختی با هدف تغییر الگوهای استفاده از اینترنت و کامپیوتر صورت پذیرد.

فصل سوم

روش بررسی

اهداف و فرضیات

هدف اصلی

تعیین فراوانی بیخوابی و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به پزشکان عمومی شاغل در مطب خصوص.

اهداف فرعی

تعیین فراوانی بیخوابی در مراجعین به مطب پزشکان عمومی

تعیین فراوانی انواع مختلف بیخوابی (ابتدای شب، بیدار شدن مکرر، بیخوابی صبحگاهی) در مراجعین به

مطب پزشکان عمومی

تعیین میزان رضایت مراجعین از وضعیت خواب آنان

تعیین میزان تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه

تعیین فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب تحصیلات

تعیین فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب گروههای سنی

تعیین فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب وضعیت تاهل

اهداف کاربردی

بر حسب نتایج حاصل از مطالعه میتوان اطلاعات اولیه ای در رابطه با میزان شیوع مشکل بیخوابی در جامعه

داشت و برای برنامه ریزیهای در این زمینه مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به راه اندازی برنامه پزشک

خانواده نیز وجود این اطلاعات لزوم آموزش پزشکان خانواده در این زمینه را روشن خواهد کرد.

فرضیه ها یا سؤال های پژوهش

فراوانی بیخوابی در مراجعین به مطب پزشکان عمومی چقدر است؟

فراوانی انواع مختلف بیخوابی (ابتدای شب، بیدار شدن مکرر، بیخوابی صبحگاهی) در مراجعین به مطب

پزشکان عمومی چقدر است؟

میزان رضایت مراجعین از وضعیت خواب آنان چگونه است؟

میزان تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه چقدر است؟

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب تحصیلات چقدر است؟

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب گروههای سنی چقدر است؟

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب وضعیت تاهل چقدر است؟

روش اجرا و طراحی تحقیق

این مطالعه به صورت مقطعی در بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی شاغل در مطب های خصوصی سطح شهر قزوین انجام گردیده است. بیماران با سن بالای ۱۵ سال که با شکایات مختلف به پزشکان عمومی مراجعه کرده اند وارد مطالعه شده است. با توجه به اهداف مطالعه اطلاعات دموگرافیک بیماران در مورد سن، جنس، سطح تحصیلات، علت مراجعه، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال پرسیده شده است و پرسشنامه ارزیابی بیخوابی *Insomnia severity index* نیز جهت همه مراجعین تکمیل گردیده است. همچنین از بیماران در مورد نوع و میزان داروی خواب آور مصرفی شان در طی سال گذشته نیز پرسیده شده است.

جامعه مورد مطالعه و روش نمونه گیری

قدر مسلم آن است که اجرای یک تحقیق بدون قلمروهای آن امکان پذیر نخواهد بود جامعه آماری در هر تحقیق عبارتست از کلیه عناصر و افرادی که در یک مقیاس جغرافیایی (جهان یا منطقه ای) در یک صنعت مشترک می باشند. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی شاغل در مطب های خصوصی در سطح شهر قزوین، می باشد. نمونه گیری یکی از مهمترین مباحث در آمار اجتماعی است، تا آنجا که به نظر الیس و روبرتز، مفهوم اساسی در آمار اجتماعی، نمونه و جامعه آماری می باشد. بر اساس تعریف، نمونه عبارت است از تعدادی از افراد جامعه که صفات آنها با صفات جامعه مشابهت داشته و معرف جامعه بوده و از تجانس و همگنی با افراد جامعه برخوردار باشند. جهت انتخاب حجم نمونه از رابطه کوکران استفاده گردید. در زیر رابطه کوکران و پارامترهای آن شرح داده شده است:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{\epsilon^2 (N-1) + t^2 pq}$$

در این رابطه داریم:

n: حداقل حجم نمونه.

N: حجم جامعه آماری.

t: مقدار متغیر نرمال واحد متناظر با سطح اطمینان $1 - \alpha$ ، ۱.۹۶ که در نظر گرفته می‌شود.

e: میزان اشتباه مجاز، معادل ۰.۰۵

P: برآورد نسبت صفت متغیر

$$q = 1 - p$$

که در این تحقیق با استفاده از معادله، تعداد افراد مورد بررسی برابر با ۲۵۰ نفر ارزیابی شده‌اند.

قلمرو مکانی و زمانی تحقیق

قلمرو مکانی تحقیق: مطب‌های خصوصی پزشکان عمومی شهر قزوین.

قلمرو زمانی: سال ۹۴.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده خواهد شد و از تکنیک آمار توصیفی میانگین، مد، میانه، واریانس، انحراف معیار و استنباطی استفاده خواهد شد.

محدودیت‌های اجرایی طرح و روش حل مشکلات

با توجه به اینکه تعداد نمونه مورد نیاز این مطالعه بالا می‌باشد، یکی از مشکلات مطالعه محسوب می‌گردد. با کمک گرفتن از چند مطب پزشک عمومی در سطح شهر سعی در حل این مشکل می‌گردد. همچنین جلب مشارکت بیماران جهت تکمیل پرسشنامه نیز از مشکلات طرح می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

کلیه اطلاعات حاصل از طرح محرمانه خواهند ماند و در صورت استفاده بدون نام منتشر خواهند شد.

فصل چہارم

نتایج مطالعہ

آمارهای توصیفی

سن

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر سن در ادامه آورده شده است. در این مطالعه ۲۵۰ نفر پرسشنامه مربوط به پروژه را پاسخ دادند که میانگین سنی آنها ۴۴.۸۹ سال و مسن ترین فرد ۷۸ سال و جوان ترین فرد ۱۵ سال داشته است.

جدول ۴- ۱: آمارهای توصیفی پارامتر سن

سن	مقدار
متوسط	44,8920
انحراف استاندارد	15.83652
حداقل	15.00
حداکثر	78.00

جنسیت

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر جنسیت در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۲: آمارهای توصیفی پارامتر جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	128	51.2
زن	122	48.8

نتایج مربوط به پارامتر جنسیت گواه بر این امر است که هر دو جنسیت زن و مرد در افراد مورد بررسی حضور داشته اند و ۵۱.۲ درصد افراد را مردان و ۴۸.۸ درصد از آنها را زنان تشکیل می دهند.

نوع شغل

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر نوع شغل در ادامه آورده شده است.

جدول ۴-۳: آمارهای توصیفی پارامتر نوع شغل

شغل	فراوانی	درصد فراوانی
آسان	71	28.4
متوسط	82	32.8
سخت	83	33.2
خیلی سخت	14	5.6

نتایج نشان می دهد که در میان افراد مورد بررسی، تمامی طیف های شغلی از نظر درجه سختی وجود دارد. به طوری که با نسبت دادن اعداد ۰ تا ۳ به مشاغل به درجه سختی آسان(خانه دار) ، متوسط(کارمند) ، سخت(مکانیک) و خیلی سخت(آهنگر)، می توان از نتایج دریافت که ۲۸.۴ درصد از افراد شغل آسان، ۳۲.۸ درصد از افراد شغل متوسط، ۳۳.۲ درصد از افراد شغل سخت و مابقی شغل خیلی سختی را دارند.

وزن

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر وزن در ادامه آورده شده است.

جدول ۴-۴: آمارهای توصیفی پارامتر وزن

وزن	مقدار
متوسط	76.0920
انحراف استاندارد	13.01388
حداقل	45.00
حداکثر	100.00

نتایج آمار توصیفی مربوط به پارامتر وزن نشان می دهد که افراد مورد بررسی در بازه وزنی ۴۵ تا ۱۰۰ کیلوگرم بوده اند و میانگین وزن افراد مورد بررسی ۷۶ کیلوگرم می باشد. افراد مورد بررسی دارای طیف وسیع وزنی هستند و می توان به نتایج به دست آمده از رابطه ی بین وزن و بی خوابی در بیماران اعتماد کرد.

قد

آمار های توصیفی مربوط به پارامتر قد در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۵: آمارهای توصیفی پارامتر قد

قد	مقدار
متوسط	170.0080
انحراف استاندارد	8.00050
حداقل	150.00
حداکثر	190.00

نتایج مربوط به پارامتر قد نشان می دهد که افراد مورد بررسی دارای قدهای متفاوت بوده و طیف وسیعی از افراد با قدهای متفاوت در جامعه اماری پروژه حاضر، وجود داشته اند.

وضعیت تاهل

آمار های توصیفی مربوط به پارامتر وضعیت تاهل در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۶: آمارهای توصیفی پارامتر وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی
متاهل	97	38.8
مجرد	124	49.6
مطلقه و همسر فوت شده	۲۹	۱۱.۶

نتایج مربوط به آمار توصیفی پارامتر وضعیت تاهل نشان می دهد که ۳۸.۸ درصد از افراد مورد بررسی متاهل، ۴۹.۶ درصد مجرد، ۱۱.۶ درصد مطلقه یا همسرانشان فوت شده بودند.

محل سکونت

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر محل سکونت در ادامه آورده شده است.
جدول ۴-۷: آمارهای توصیفی پارامتر محل سکونت

محل سکونت	فراوانی	درصد فراوانی
شهر	۱۶۴	۶۵.۶۰
روستا	۸۶	۳۴.۴۰

نتایج مربوط به محل سکونت افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۶۵.۶۰ درصد افراد در شهر و مابقی افراد که معادل ۳۴.۴۰ درصد می باشند، در روستا زندگی می کنند .

میزان تحصیلات

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر میزان تحصیلات در ادامه آورده شده است.
جدول ۴-۸: آمارهای توصیفی پارامتر میزان تحصیلات

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
بی سواد	97	38.8
زیر دیپلم	119	47.6
دیپلم و فوق دیپلم	17	6.8
لیسانس و بالاتر	17	6.8

نتایج آمارهای توصیفی پارامتر میزان تحصیلات افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۳۸.۸ درصد بی سواد، ۴۷.۶ درصد زیر دیپلم، ۶.۸ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۶.۸ درصد لیسانس و بالا تر می باشند.

شغل

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر شغل در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۹: آمارهای توصیفی پارامتر شغل

شغل	فراوانی	درصد فراوانی
تمام وقت	154	61.6
پاره وقت	26	10.4
بیکار	36	14.4
بازنشسته	30	12.0
سایر موارد	4	1.6

نتایج آمارهای توصیفی پارامتر شغل افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۶۱.۶ درصد افراد به صورت تمام وقت، ۱۰.۴ درصد افراد پاره وقت، ۱۴.۴ درصد بیکار، ۱۲ درصد افراد بازنشسته و مابقی افراد، دارای شغلی به جز موارد ذکر شده در این پرسشنامه می باشند.

شیفت کاری شبانه

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر شیفت کاری شبانه در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۱۰: آمارهای توصیفی پارامتر شیفت کاری شبانه

شیفت کاری	فراوانی	درصد فراوانی
بله	9	3.6
نه	241	96.4

از داده های به دست آمده از آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر شیفت کاری شبانه افراد مورد بررسی می توان در یافت که تقریباً تعداد بسیار کمی از افراد (۳.۶ %) دارای شیفت کاری شبانه می باشند.

تعداد دفعات شیفت کاری شبانه در هفته

آمارهای توصیفی مربوط به پارامتر تعداد دفعات شیفت کاری شبانه در هفته در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۱۱: آمارهای توصیفی پارامتر تعداد دفعات شیفت کاری شبانه در هفته

تعداد دفعات شیفت کاری شبانه در هفته	مقدار
متوسط	5.6840
انحراف استاندارد	3.61836
حداقل	0
حداکثر	10.00

نتایج نشان می دهد که ۹۶.۴ درصد از افراد دارای شیفت کاری شبانه نیستند، اما از ۳.۶ درصد افرادی که دارای شیفت کاری شبانه هستند، به طور متوسط ۵ الی ۶ ساعت شیفت شبانه را کار می کنند.

ساعت کاری

آمار های توصیفی مربوط به پارامتر ساعت کاری در ادامه آورده شده است.

جدول ۴- ۱۲: آمارهای توصیفی پارامتر ساعت کاری

ساعت کاری	فراوانی	درصد فراوانی
۰	63	25.2
۱	3	1.2
۲	1	.4
۳	4	1.6
۴	4	1.6
۶	23	9.2
۷	32	12.8
۸	70	28.0
۹	34	13.6
۱۰	16	6.4

مصرف سیگار

آمار های توصیفی مربوط به پارامتر مصرف سیگار در ادامه آورده شده است.

جدول ۴-۱۳: آمارهای توصیفی پارامتر مصرف سیگار

مصرف سیگار	فراوانی	درصد فراوانی
بله	83	33.2
نه	167	66.8

نتایج نشان می دهد که ۳۳.۲ درصد از افراد سیگار مصرف می کنند و ۶۶.۸ درصد از افراد سیگار مصرف نمی کنند.

آزمون فرضیه ها

فرضیه اول

فراوانی بیخوابی در مراجعین به مطب پزشکان عمومی چقدر است؟
 نتایج مربوط به فراوانی بی خوابی مراجعین در جدول زیر آورده شده است.
 جدول ۴- ۱۴: فراوانی بی خوابی مراجعین

بی خوابی در مراجعین	فراوانی	درصد فراوانی
بدون بی خوابی	62	24.80
بی خوابی ملایم	104	41.60
بی خوابی متوسط	68	27.20
بی خوابی شدید	16	6.40

نتایج نشان می دهد که از ۲۵۰ نفری که مورد پرسش قرار گرفتند، ۴.۴ درصد بی خوابی ندارند، ۲۰.۴ درصد بی خوابی ملایم دارند، ۲۲ درصد بی خوابی متوسط دارند و ۶.۴ درصد بی خوابی شدید دارند.

فرضیه دوم

میزان رضایت مراجعین از وضعیت خواب آنان چگونه است؟
 نتایج مربوط به فراوانی میزان رضایت مراجعین از وضعیت خواب در جدول زیر آورده شده است.
 جدول ۴- ۱۵: میزان رضایت مراجعین از وضعیت خواب

رضایت از وضعیت خواب	فراوانی	درصد فراوانی
خوب	117	46.8
بد	133	53.2

نتایج مربوط به فرضیه دوم نشان می دهد که ۴۶.۸ درصد از افراد نسبت به خواب خود راضی هستند، اما مابقی افراد از خواب خود راضی نیستند.

فرضیه سوم

میزان تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه چقدر است؟
نتایج مربوط به میزان تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۱۶: میزان تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه

تداخل مشکل خواب بیماران با عملکرد روزانه	فراوانی	درصد فراوانی
اصلاً تداخل ندارد	35	14.0
کمی	53	21.2
تا اندازه ای	81	32.4
زیاد	56	22.4
خیلی زیاد	25	10.0

نتایج نشان می دهد که ۱۴ درصد از افراد موجود در جامعه آماری پژوهش حاضر بر این امر نظر دارند که مشکل خواب با عملکرد روزانه اصلاً تداخل ندارد، ۲۱.۲ درصد از آنها بر این باورند که اثر کمی دارد، ۳۲.۴ درصد از آنها این چنین بیان نموده اند که تا اندازه ای اثر دارد، ۲۲.۴ درصد آنها اعتقاد به تاثیر بسیار زیاد مشکل خواب بر عملکرد روزانه هستند و ۱۰ درصد باقی مانده نیز تاکید به تاثیر بسیار زیاد این مشکل بر فعالیت های روزانه خود دارند.

فرضیه چهارم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب تحصیلات چقدر است؟
نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب تحصیلات در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۱۷: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب تحصیلات

میزان تحصیلات	بی خوابی							
	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بی سواد	25	10.00	33	۱۳.۲	۲۹	۱۱.۶۰	۱۰	۴
زیر دیپلم	33	13.20	51	۲۰.۴	۲۹	۱۱.۶۰	۶	۲.۴۰
دیپلم و فوق دیپلم	0	0	12	۴.۸	۵	۲	۰	کمتر از ۰.۰۰۱
لیسانس و بالاتر	4	1.40	8	۳.۲	۵	۲	۰	کمتر از ۰.۰۰۱

جدول ۴- ۱۸: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و میزان تحصیلات

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	15.123	9	.088

نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افراد بی سواد بیشتر از سایر افراد است. از سوی دیگر، از آنجایی که مقدار سطح معناداری (۰.۰۸۸) همبستگی پارامتر بی خوابی با میزان تحصیلات بیشتر از ۰.۰۵ می باشد، لذا پارامتر بی خوابی با میزان تحصیلات رابطه ندارد.

فرضیه پنجم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب گروههای سنی چقدر است؟
نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب گروههای سنی در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۱۹: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب گروههای سنی

سن							بی خوابی
حداکثر	حداقل	۹۵٪ فاصله اطمینان از متوسط		انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	
		حد بالا	حد پایین				
78.00	19.00	54.9525	46.2411	17.15165	50.5968	62	بدون بی خوابی
69.00	15.00	47.4428	41.5187	15.23090	44.4808	104	بی خوابی ملایم
69.00	20.00	44.8368	37.7515	14.63594	41.2941	68	بی خوابی متوسط
64.00	21.00	48.3695	33.1305	14.29918	40.7500	16	بی خوابی شدید

جدول ۴- ۲۰: آزمون ANOVA بین پارامتر بی خوابی و سن

سطح معناداری	F	متوسط مجذور	درجه آزادی	مجموع مجدورها	
.005	4.414	1063.362	3	3190.085	بین گروه ها
		240.886	246	59257.999	درون گروه ها
			249	62448.084	کلی

نتایج نشان می دهد که بی خواب شدید در افرادی با حدود سن ۴۰ سال می باشد و از سوی دیگر، بیشتر افراد مورد بررسی از بی خوابی ملایم رنج می برند.

با بررسی میزان سطح معناداری آزمون ANOVA نشان می دهد که بی خوابی با سن رابطه دارد.

فرضیه ششم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب وضعیت تاهل چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب وضعیت تاهل در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۲۱: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب وضعیت تاهل

بی خوابی								وضعیت تاهل
بی خوابی شدید		بی خوابی متوسط		بی خوابی ملایم		بدون بی خوابی		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲	۵	۸.۴	۲۱	۱۶	۴۰	۱۲.۴	۳۱	متاهل
۴.۴	۱۱	۱۸.۸	۴۷	۱۹.۲	۴۸	۷.۲	۱۸	مجرد
کمتر از ۰.۰۰۱	کمتر از ۰.۰۰۱	کمتر از ۰.۰۰۱	کمتر از ۰.۰۰۱	۶.۴	۱۶	۵.۲	۱۳	مطلقه

جدول ۴- ۲۲: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و وضعیت تاهل

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	31.192	9	کمتر از ۰.۰۰۱

نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افراد متاهل از سایر افراد بیشتر است. از سوی دیگر، سطح معناداری آزمون نشان می دهد که میزان بی خوابی با وضعیت تاهل رابطه و همبستگی دارد.

فرضیه هفتم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب جنسیت چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب جنسیت در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۲۳: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب جنسیت

جنسیت	بی خوابی							
	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مرد	۴۵	۱۸	۵۲	۲۰.۸	۲۶	۱۰.۴	۵	۲
زن	۱۷	۶.۸	۵۲	۲۰.۸	۴۲	۱۶.۸	۱۱	۴.۴

جدول ۴-۲۴: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و جنسیت

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۱۸.۵۲	۳	کمتر از ۰.۰۰۱

نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در زنان بیشتر است. از سوی دیگر، سطح معناداری آزمون همبستگی پارامتر بیخوابی در بیماران و جنسیت کمتر از ۰.۰۵ می باشد، لذا بین این دو پارامتر رابطه وجود دارد.

فرضیه هشتم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف دارو چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف دارو در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۲۵: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف دارو

مصرف دارو	بی خوابی
-----------	----------

	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بلی	۱۹	۷.۶	۲۳	۹.۲	۱۳	۵.۲	۳	۱.۲
خیر	۴۳	۱۷.۲	۸۱	۳۲.۴	۵۵	۲۲	۱۳	۵.۲

جدول ۴-۲۶: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و مصرف دارو

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۲.۸۱۱	۳	۰.۴۲۲

نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افرادی که دارو مصرف نمی کنند، کمتر است. اما به لحاظ آماری بین پارامتر بی خوابی و مصرف دارو، رابطه معناداری وجود ندارد.

فرضیه نهم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب پای بی قرار چقدر است؟
نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب پای بی قرار در جدول زیر آورده شده است.
جدول ۴-۲۷: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب پای بی قرار

پای بی	بی خوابی
--------	----------

قرار	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
هیچگاه	۳۲	۱۲.۸	33	۱۳.۲	15	۶	۳	۱.۲
هر از گاهی	21	۸.۴	32	۱۲.۸	۱۸	۷.۲	۳	۱.۲
معمولاً	7	۲.۸	22	۸.۸	۲۵	۱۰	6	۲.۴
همیشه	2	۰.۸	۱۷	۶.۸	۱۰	۴	4	۱.۶

جدول ۴- ۲۸: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و پای بی قرار

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۶۴.۸۹	۱۲	کمتر از ۰.۰۰۱

نتایج نشان می دهد که بین بی خوابی و پارامتر پای بی قرار رابطه ی معناداری وجود دارد.

فرضیه دهم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب ساعت کاری چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب ساعت کاری در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۲۹: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب ساعت کاری

ساعت کاری					بی خوابی
تعداد	میانگین	انحراف	۹۵٪ فاصله اطمینان از	حداقل	
				حداکثر	

		متوسط		استاندارد			
		حد بالا	حد پایین				
10.00	۰	5.9175	3.8567	4.05739	4.8871	62	بدون بی خوابی
10.00	۰	6.2140	4.7668	3.72083	5.4904	104	بی خوابی ملایم
10.00	۰	7.1955	5.6868	3.11655	6.4412	68	بی خوابی متوسط
9.00	۰	8.0154	5.6096	2.25740	6.8125	16	بی خوابی شدید

جدول ۴- ۳۰: آزمون ANOVA بین پارامتر بی خوابی و ساعت کاری

سطح معناداری	F	متوسط مجذور	درجه آزادی	مجموع مجدورها	
.048	2.665	34.211	3	102.634	بین گروه ها
		12.835	246	3157.402	درون گروه ها
			249	3260.036	کلی

نتایج نشان می دهد که افرادی که از بی خوابی متوسط و شدید رنج می برند، بین ۶ تا ۷ ساعت در روز کار می کنند و افرادی که بی خوابی ملایمی دارند، میزان ساعات کاری کمتری دارند. اما از لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین پارامتر بی خوابی و ساعت کاری وجود ندارد.

فرضیه یازدهم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب شیف کاری چقدر است؟
نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب شیف کاری در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴- ۳۱: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب شیف کاری

شیف	بی خوابی
-----	----------

کاری	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بلی	5	۲	4	۱.۶	۰	کمتر از ۰.۰۰۱	۰	کمتر از ۰.۰۰۱
خیبر	57	۲۲.۸	100	۴۰	68	۲۷.۲	16	۶.۴

جدول ۴-۳۲: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و شیفت کاری

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۶.۶۱۷	۳	۰.۰۸۲

با بررسی نتایج گزارش شده در جدول بالا نشان می دهد که از لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین پارامتر بی خوابی و شیفت کاری وجود ندارد.

فرضیه دوازدهم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب محل سکونت چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب محل سکونت در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۳۳: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب محل سکونت

محل سکونت	بی خوابی							
	بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شهر	36	14.4	69	27.6	48	19.2	11	4.4
روستا	26	10.4	35	14	20	8	5	2

جدول ۴-۳۴: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و محل سکونت

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۲.۴۰۶	۳	۰.۴۹۳

نتایج نشان می دهد که بی خوابی در افرادی که در شهر زندگی می کنند، بیشتر از افرادی است که در روستا سکونت دارند، اما به لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین بی خوابی و محل سکونت افراد وجود ندارد.

فرضیه سیزدهم

فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف سیگار چقدر است؟

نتایج مربوط به فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف سیگار در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۴-۳۵: فراوانی بیخوابی در بیماران بر حسب مصرف سیگار

بی خوابی								مصرف سیگار
بدون بی خوابی		بی خوابی ملایم		بی خوابی متوسط		بی خوابی شدید		
فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
20	8	35	14	20	8	8	3.2	بلی
42	16.8	69	27.6	48	19.2	8	3.2	خیر

جدول ۴-۳۶: بررسی همبستگی بین پارامتر بیخوابی در بیماران و مصرف سیگار

متغیر	مقدار	درجه آزادی	سطح معناداری دو طرفه
پیرسون کای اسکور	۲.۵۱۱	۳	۰.۴۷۳

نتایج نشان می دهد که افرادی که سیگار مصرف می کنند، از بی خوابی کمتری رنج می برند تا افرادی که

سیگار مصرف می کنند، اما از لحاظ آماری بین پارامتر بی خوابی و مصرف سیگار رابطه ی معناداری

وجود ندارد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۲۵۰ نفر پرسشنامه مربوط به پروژه را پاسخ دادند که میانگین سنی آنها ۴۴.۸۹ سال و مسن ترین فرد ۷۸ سال و جوان ترین فرد ۱۵ سال داشته است. نتایج مربوط به پارامتر جنسیت گواه بر این امر است که هر دو جنسیت زن و مرد در افراد مورد بررسی حضور داشته اند و ۵۱.۲۰ درصد افراد را مردان و ۴۸.۸۰ درصد از آنها را زنان تشکیل می دهند. نتایج نشان می دهد که در میان افراد مورد بررسی، تمامی طیف های شغلی از نظر درجه سختی وجود دارد. به طوری که با نسبت دادن اعداد ۰ تا ۳ به مشاغل به درجه سختی آسان تا خیلی سخت، می توان از نتایج دریافت که ۲۸.۴ درصد از افراد شغل آسان، ۳۲.۸ درصد از افراد شغل متوسط، ۳۳.۲ درصد از افراد شغل سخت و مابقی شغل خیلی سختی را دارند. نتایج آمار توصیفی مربوط به پارامتر وزن نشان می دهد که افراد مورد بررسی در بازه وزنی ۴۵ تا ۱۰۰ کیلوگرم بوده اند و میانگین وزن افراد مورد بررسی ۷۶ کیلوگرم می باشد. از داده ها می توان دریافت افراد مورد بررسی دارای طیف وسیع وزنی هستند و می توان به نتایج به دست آمده از رابطه ی بین وزن و بی خوابی در بیماران اعتماد کرد. نتایج مربوط به پارامتر قد نشان می دهد که افراد مورد بررسی دارای قد های متفاوت بوده و طیف وسیعی از افراد با قد های متفاوت در جامعه آماری پروژه حاضر، وجود داشته اند. نتایج مربوط به آماری توصیفی پارامتر وضعیت تاهل نشان می دهد که ۳۸.۸ درصد از افراد مورد بررسی متاهل، ۴۹.۶ درصد مجرد، ۱۱.۶۰ درصد مطلقه و همسر فوت شده بودند. نتایج مربوط به محل سکونت افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۴۹.۶۰ درصد افراد در شهر و مابقی افراد که معادل ۳۸.۸۰ درصد می باشند، در روستا زندگی می کنند. نتایج آمار های توصیفی پارامتر میزان تحصیلات افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۳۸.۸۰ درصد بی سواد، ۴۷.۶۰ درصد زیر دیپلم، ۶.۸۰ درصد دیپلم و فوق دیپلم، ۶.۸۰ درصد لیسانس و

بالا تر می باشند. نتایج آمارهای توصیفی پارامتر شغل افراد مورد بررسی نشان می دهد که ۶۱.۶۰ درصد افراد به صورت تمام وقت، ۱۰.۴۰ درصد افراد پاره وقت، ۱۴.۴۰ درصد بیکار، ۱۲ درصد افراد بازنشسته و مابقی افراد، دارای شغلی به جز موارد ذکر شده در این پرسشنامه می باشند. از داده های به دست آمده از آمارهای توصیفی مربوط پارامترهای شیفت کاری شبانه افراد مورد بررسی می توان در یافت که تقریباً تعداد بسیار کمی از افراد (۳.۶۰ %) دارای شیفت کاذب شبانه می باشند. نتایج نشان می دهد که ۹۶.۴۰ درصد از افراد دارای شیفت کاری شبانه نیستند، اما از ۳.۶۰ درصد افرادی که دارای شیفت کاری شبانه هستند، به طور متوسط ۵ الی ۶ ساعت شیفت شبانه را کار می کنند. نتایج نشان می دهد که ۳۳.۲۰ درصد از افراد سیگار مصرف می کنند و ۶۶.۸۰ درصد از افراد سیگار مصرف نمی کنند. نتایج نشان می دهد که از ۲۵۰ نفری که مورد پرسش قرار گرفتند، ۴.۴۰ درصد بی خوابی ندارند، ۲۰.۴۰ درصد بی خوابی ملایم دارند، ۲۲ درصد بی خوابی متوسط دارند و ۶.۴ درصد بی خوابی شدید دارند. نتایج مربوط به فرضیه دوم نشان می دهد که ۴۶.۸۰ درصد از افراد نسبت به خواب خود راضی هستند، اما مابقی افراد از خواب خود راضی نیستند. نتایج نشان می دهد که ۱۴ درصد از افراد موجود در جامعه آماری پژوهش حاضر بر این امر نظر دارند که مشکل خواب با عملکرد روزانه اصلاً تداخل ندارد، ۲۱.۲۰ درصد از آنها بر این باورند که اثر کمی دارد، ۳۲.۴۰ درصد از آنها این چنین بیان نموده اند که تا اندازه ای اثر دارد، ۲۲.۴۰ درصد آنها اعتقاد به تاثیر بسیار زیاد مشکل خواب بر عملکرد روزانه هستند و ۱۰ درصد باقی مانده نیز تاکید به تاثیر بسیار زیاد این مشکل بر فعالیت های روزانه خود دارند. نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افراد بی سواد بیشتر از سایر افراد است. از سوی دیگر، از آنجایی که مقدار سطح معناداری (۰.۰۸۸) همبستگی پارامتر بی خوابی با میزان تحصیلات بیشتر از ۰.۰۵ می باشد، لذا پارامتر بی خوابی با میزان تحصیلات رابطه ندارد. نتایج نشان می دهد که بی خواب شدید در افرادی با حدود سن ۴۰ سال می باشد و از سوی دیگر، بیشتر افراد مورد بررسی از بی خوابی ملایم رنج می برند. با بررسی میزان سطح معناداری آزمون ANOVA

نشان می دهد که بی خوابی با سن رابطه دارد. نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افراد متاهل از سایر افراد بیشتر است. از سوی دیگر، سطح معناداری آزمون نشان می دهد که میزان بی خوابی با وضعیت تاهل رابطه و همبستگی دارد. نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در زنان بیشتر است. از سوی دیگر، سطح معناداری آزمون همبستگی پارامتر بیخوابی در بیماران و جنسیت کمتر از ۰.۰۵ می باشد، لذا بین این دو پارامتر رابطه وجود دارد. نتایج نشان می دهد که میزان بی خوابی در افرادی که دارو مصرف نمی کنند، کمتر است. اما به لحاظ آماری بین پارامتر بی خوابی و مصرف دارو، رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج نشان می دهد که بین بی خوابی و پارامتر پای بی قرار رابطه ی معناداری وجود دارد. نتایج نشان می دهد که افرادی که از بی خوابی متوسط و شدید رنج می برند، بین ۶ تا ۷ ساعت در روز کار می کنند و افرادی که بی خوابی ملایمی دارند، میزان ساعات کاری کمتری دارند. اما از لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین پارامتر بی خوابی و ساعت کاری وجود ندارد. با بررسی نتایج گزارش شده در جدول بالا نشان می دهد که از لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین پارامتر بی خوابی و شیفت کاری وجود ندارد. نتایج نشان می دهد که بی خوابی در افرادی که در شهر زندگی می کنند، بیشتر از افرادی است که در روستا سکونت دارند، اما به لحاظ آماری رابطه ی معناداری بین بی خوابی و محل سکونت افراد وجود ندارد. نتایج نشان می دهد که افرادی که سیگار مصرف می کنند، از بی خوابی کمتری رنج می برند تا افرادی که سیگار مصرف می کنند، اما از لحاظ آماری بین پارامتر بی خوابی و مصرف سیگار رابطه ی معناداری وجود ندارد.

مقایسه پروژه حاضر با کارهای مشابه

یکی از مواردی که در این پروژه به آن اشاره شد، زمان بدخوابی بود، که در این پروژه، آن را به سه حالت ابتدای شب، بیدار شدن مکرر، بیخوابی صبحگاهی تقسیم کردیم، موسوی و همکارانش در سال ۱۳۸۹ به

نتیجه شبیه نتایج این پروژه، دست یافتند. آنها به مانند این پروژه به وجود رابطه بین رضایت از خواب و زمان بی خوابی پی بردند.

نتایج مطالعه احمدوند و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که میزان بی خوابی در زنان و افراد میان سال بیشتر از مردان و سایر رده های سنی است. در این پروژه نیز این مهم به دست آمد و از این لحاظ توافق بین این پژوهش و مطالعات پیشین وجود دارد.

در این پروژه، رابطه ی بین تداخل بی خوابی با برنامه های روزانه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد مطابق نتایج اشاره شده توسط ونگ و فیلدینگ (۲۰۱۱)، بیشتر افراد بر این امر معتقد بودند که بی خوابی تا اندازه ای با عملکرد روزانه تداخل دارد.

در این بررسی، از ۲۵۰ نفری که مورد پرسش قرار گرفتند، حدود ۶۲ درصد با مشکل بی خوابی رو برو هستند و تعداد زنان بی خواب از مردان بیشتر است و از سوی دیگر، بیشترین افرادی که از بی خوابی رنج می برند، بین ۲۰ سال ۶۹ سال سن دارند، حال آنکه آقای دکتر مورین (۲۰۱۲) در مطالعه خود این چنین گزارش کرده است که ۵۹ درصد از افراد مورد بررسی با مشکل بی خوابی رو برو هستند و معضل بی خوابی در زنان بیشتر است و بازه سنی را ۴۱ تا ۶۹ سال اعلام کردند، بنابراین می توان با مقایسه نتایج به دست آمده با نتایج گزارش شده در مقالات به این نتیجه رسید که نتایج این پژوهش معتبر بوده و با نتایج گزارش شده در مطالعات دیگر، هم خوانی دارد.

پیشنهادهات

مواردی را که می توان به عنوان پیشنهاد برای این پروژه مد نظر قرار داد به شرح زیر است:
این پروژه در سال ۱۳۹۳ برای شهر قزوین انجام شده است، بنابراین می توان شبیه این پروژه را در شهر دیگری انجام داد.

برای پروژه های دیگر، می توان پارامترهای تاثیر گذار دیگری را بر روی بی خوابی درنظر گرفت.
مشکل بی خوابی را می توان اختصاصاً در یک قشر خاص از جامعه مورد بررسی قرار داد.
می توان پایان نامه هایی را کارد کرد که در آنها یک سری راه حل به منظور رفع این مشکل ارائه شده است و با در نظر گرفتن نمونه شاهد و نمونه کنترل، موفقیت آمیز بودن راه حل های پیشنهادی را بررسی کرد.

References:

1. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, et al. Prevalence of insomnia an a survey of ۱۲۷۷۸adults in France. J Sleep Res ۲۰۰۰; ۹: .۴۲-۳۵
2. Ohayon M, Paiva T, Segales T. Comparison of insomnia prevalence in the general population of Purtugal and Spain. Sleep ۲۰۰۱; ۲۴: A .۳۴۵
3. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, et al. An epidemiological study of insomnia among the Japanese population. Sleep ۲۰۰۰; ۲۳: .۴۷-۴۱
4. Chevalier H, Los F, Boichut D, et al. Evaluation of severe insomnia in the general population: results of a multinational survey. J Psycho-Pharmacol ۱۹۹۹; ۱۳(Suppl ۱): S۲۱-S.۲۴
5. Souza J, Magna L, Reimai R. Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil. Arq Neuropsiquiatr ۲۰۰۲; ۶۰(۳): -۷۰۲ .۷۰۷
6. Nishino S, Mignot E. Drug treatment of patients with insomnia and excessive daytime sleepiness: pharmacological consideration. Clin Pharmacokinet ۱۹۹۹; ۳۷: .۳۳۰-۳۰۵
7. American Psychiatric Association. Diagnosis and statistic manual of mental disorders. \$ ED. Washington DC. American Psychiatric Association .۱۹۹۳
8. Gonzalez, N. A. (2008). Internet addiction disorderand its relation to impulse control. UnpublishedMA dissertation. USA: Texas University, Collegeof Psychology.
9. Qasemi V. Malek Ahmadi H. Examining internet addiction among users in the cafe-netsof Shahr. Quarterly Journal of Communication. 2011; 4(64) 51-77.
10. Treuer T, Fabian Z, Furedi J. Internet addiction associatedwith features of impulse control disorder: is it a realpsychiatric disorder? J Affect Disord 2001; 66: 283.

11. Chou C, Hsiao MC. Internet addiction, usage, gratification,
12. and pleasure experience: the Taiwan college students' case. *Comput Educ* 2000; 35: 65-80.
13. Yellowlees P, Marks S. Problematic Internet use or Internet addiction? *Comput Human Behav* 2005; 23(3): 1447-53.
14. Li S, Chung T. Internet function and Internet addictive behavior. *Comput Human Behav* 2006; 22: 1067-71.
15. Montagna P, Gambetti P, Cortelli P, Lugaresi E. Familial and sporadic fatal insomnia. *Lancet Neurol*. Mar 2003;2(3):167-76
16. Edinger JD, Means MK. Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clin Psychol Rev*. Jul 2005;25(5):539-58
17. Chokroverty S. Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations, and Clinical Aspects, 3rd edition, p361, WB saunders, Philadelphia, et al
18. Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep*. May 1 1999;22 Suppl 2:S379-85
19. Baumann CR, Bassetti CL. Hypocretins (orexins) and sleep_wake disorders. *Lancet Neurol*. Oct 2005;4(10):673-82
20. Lu J, Greco MA. Sleep circuitry and the hypnotic mechanism of GABBA drugs. *J Clin Sleep Med*. Apr 15 2006;2(2):S19-26
21. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am*. Dec 1987;10(4):541-53
22. Hamet P, Tremblay J. Genetics of the sleep -wake cycle and its disorders. *Metabolism*. Oct 2006;55(10 Suppl 2):S7-12
23. Insomnia in American Academy of sleep medicine. The International Classification of Sleep Disorders. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2005:1-31
24. Ram S, Seirawan H, Kumar KS, Clark GT. Prevalence and impact of sleep disorders and sleep habits in the US. *Sleep Breath* (2010) 14:63-70
25. Monane M. Insomnia in elderly. *J Clin Psychiat* 1992;53:23-8

۲۶. زهره یزدی. اختلالات خواب و فعالیتهای شغلی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۹۰

۲۷. فاطمه موسوی ، بنفشه گلستان و اسفندیار متینی: در بررسی شیوع اختلال خواب و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی دوره ۲۰، شماره ۴، زمستان ۸۹، صفحات ۲۷۸ تا ۲۸۱.

۲۸. نرگس میرزایی، طاهره نصیری، ملیحه فاطمی، آرش اکباری: بررسی شیوع اختلالات خواب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، کمیته تحقیقات دانشجویی، بجنورد، ایران، ۱۳۹۱.

۲۹. آقاجانلو و حریریان: کیفیت خواب دانشجویان در طی دوره برگزاری امتحانات در دانشگاه علوم پزشکی زنجان مراقبتهای نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند دوره ۸، شماره ۴، سال ۱۳۹۰

۳۰. امیررضا اردانی، علی طلایی، مهدیه برهانی مغانی و همکاران: بررسی نقش عوامل جمعیت شناختی توده بدنی بر کیفیت خواب دانشجویان پزشکی، مجله اصول بهداشت روانی، دوره ۱۴(۲)، تابستان ۹۱، صفحه ۹-۱۳۲

۳۱. محمد علی محمدی، بهروز دادخواه و همکاران: شیوع اختلالات خواب در دانشجویان دانشگاه های اردبیل، مجله علمی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، سال یازدهم، زمستان ۱۳۸۸

۳۲. رسول اسلامی اکبری: انواع اختلالات خواب و برخی علل و پیامدهای مرتبط با آن در دانشجویان ساکن خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره نهم، شماره چهارم، زمستان ۹۰

۳۳. رضاقانعی و همکاران، کیفیت خواب دانشجویان پرستاری ساکن خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۳، مهر و آبان ۱۳۹۰

۳۴. نجومی:الگوی خواب و شیوع انواع اختلالات خواب در دانشجویان پزشکی و دستیاران تخصصی

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی دوره ۱۹ ، شماره ۱، بهار ۸۸ ، صفحات ۵۵ تا ۵۹

۳۵. الهام محمدی فرخوان و همکاران:بررسی ارتباط کیفیت خواب و سلامت روان در دانشجویان ساکن

خوابگاه، فصلنامه دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود،

دوره ۷، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۱

۳۶. مسعود ابراهیم نیا:اعتماد به اینترنت و خطر بروز اختلالات خواب در نوجوانان، مجله تحقیقات علوم

رفتاری، دوره ۱۰، شماره ۵، ۱۳۹۱، صفحات ۳۵۰-۳۶۲

۳۷. جعفر بهادری خسرو شاهی و دکتر تورج هاشمی نصرت آبادی:رابطه سبک های روانشناسان

ایرانی-سال هشتم، شماره ۳۰، زمستان ۱۳۹۰

۳۸. محمدرضا زربخش بحری، وحید راشدی، محمد جواد خادمی: احساس تنهایی و اعتماد به اینترنت

در دانشجویان، مدیریت ارتقای سلامت دوره ۲ شماره ۱ زمستان ۱۳۹۱، صفحات ۳۲-۳۸

Abstract :

Sleeping is a necessary physiological need of human and is a regular repetitive situation and is an easily returning organism which is discernible by relative immovability and a sensible increase in reaction to external stimulant in comparison to being awake. Sleeping has been an important factor in health condition of human from long before. Physical, emotional and high excitement factors can affect the sleeping pattern and make some disorders. Sleeping disorders refer to the situations that a patient complaints about one or more of the problems like insomnia, frequent awakening during night sleep, and an increase in daylight sleep duration or abnormal motions, senses and conditions during sleep time.

Methods:

This is an analytical – descriptive survey, based on information gathering it stays in descriptive category. In order to take advantage of the expert ideas over this special topic and the ranking of its degree of importance, measurable method is used. The studied target population consists of 250 visitors from physicians working in private offices and the data gathered from their answers to Insomnia survey Index is analyzed via SPSS software.

Results:

The age average of the participants was 44.89. Insomnia frequency of the participants was: 24% without insomnia, 41.60% mild insomnia, 27.2% common insomnia and 27.2% suffered from severe insomnia. From 250 of the

participants of this survey, 46.8% of them were satisfied with their sleep condition and the rest 53.2% were not.

Conclusion:

The results show that there is no correlation between insomnia and education, medicine consumption, work hours, work shift, smoking and habitat. On the other hand a correlation exists between insomnia and age, marital status and gender.

Key words: insomnia, sleep quality, sleep satisfaction, physician visitors

پرسشنامه

- سن: جنسیت: شغل: وزن: کیلوگرم قد: سانتی متر
- تاهل: متاهل ☐ مجرد ☐ مطلقه ☐ همسر فوت شده ☐
- محل سکونت: شهر ☐ روستا ☐
- میزان تحصیلات: بی سواد ☐ زیر دیپلم ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ بالاتر ☐
- شغل: تمام وقت ☐ پاره وقت ☐ بیکار ☐ بازنشسته ☐ دانشجو/دانش آموز ☐ سایر موارد:
- شیفت کاری شبانه (بین ۱۰ شب تا ۷ صبح): بله ☐ خیر ☐ چند نوبت در هفته
- ساعت کاری در روز:
- مصرف سیگار: بله ☐ خیر ☐ تعداد سال
- ۱- معمولاً چند ساعت در شب می خوابید؟
 - ۲- تمایل دارید که در طی شب چند ساعت بخوابید؟
 - ۳- ساعت معمول شروع خواب در شب؟
 - ۴- ساعت معمول بیدار شدن صبحگاهی؟
 - ۵- معمولاً چند بار در طی شب از خواب بیدار می شوید؟
 - ۶- معمولاً چقدر طول می کشد تا به خواب بروید؟ دقیقه
 - ۷- در صورت بیدار شدن طی خواب شبانه چه مدت طول می کشد تا به خواب بروید؟ دقیقه
 - ۸- آیا صبح پس از بیدار شدن از خواب احساس سرحالی دارید؟
بله ☐ خیر ☐
 - ۹- آیا در ساعات روز و بعد از ظهر چرت می زنید؟
بله ☐ خیر ☐ چند بار در هفته زمان آن
 - ۱۰- به طور میانگین در روزهای آخر هفته و تعطیلات چند ساعت در طی شب می خوابید؟

۱۱- معمولاً چگونه به خواب می‌روید؟

به آسانی ☐ نسبتاً آسان ☐ در حد معمول ☐ نسبتاً مشکل ☐ خیلی مشکل ☐

۱۲- معمولاً چگونه از خواب بیدار می‌شوید؟

به آسانی ☐ نسبتاً آسان ☐ در حد معمول ☐ نسبتاً مشکل ☐ خیلی مشکل ☐

۱۳- آیا فکر می‌کنید زمان خواب شما کافی است؟

بله ☐ خیر ☐

۱۴- در طی ماه گذشته، کیفیت خوابتان را درجه‌بندی کنید؟

خیلی خوب ☐ نسبتاً خوب ☐ خوب ☐ نسبتاً بد ☐ خیلی بد ☐

۱۵- آیا سابقه بیماری طولانی مدتی دارید؟

بله ☐ خیر ☐ نام بیماری از چه زمانی سال

۱۶- چند وقت یکبار به دلیل احساس بی‌قراری در پاهای خود حین خوابیدن یا هنگام به خواب رفتن دچار

مشکل می‌شوید؟

هیچگاه ☐ هر از گاهی ☐ معمولاً ☐ همیشه ☐

۱۷- چند وقت یکبار خرخر شبانه بلند دارید؟

هیچگاه ☐ هر از گاهی ☐ معمولاً ☐ همیشه ☐

۱۸- چند وقت یکبار احساس ناراحتی طی اکثر طول روز دارید؟

هیچگاه ☐ هر از گاهی ☐ معمولاً ☐ همیشه ☐

۱۹- چند وقت یکبار احساس بی‌علاقگی یا عدم لذت در انجام کارهایی که قبلاً از آنها لذت می‌بردید

دارید؟

هیچگاه ☐ هر از گاهی ☐ معمولاً ☐ همیشه ☐

۲۰- آیا دارویی مصرف می‌کنید؟

بله ☐ خیر ☐ نام دارو

۲۱- آیا دارویی جهت به خواب رفتن مصرف می‌کنید؟

بله ☐ خیر ☐ نام دارو

۲۲- طی پنج سال گذشته چند نوبت دچار سانحه با اتومبیل گشته‌اید؟

۲۳- آیا بی‌خوابی به دلیل هر کدام از علل زیر داشته‌اید؟

درد □ سروصدا □ استرس □ افکار پریشان □ حرکت دادن مکرر پا □ سایر

۲۴- آیا مشکل در شروع خواب دارید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۲۵- آیا در طی شب مکرراً بیدار می شوید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۲۶- آیا از الگوی اخیر خواب خود تا چه اندازه راضی/ناراضی هستید؟

خیلی ناراضی □ اندکی □ تا حدی □ زیاد □ خیلی راضی □

۲۷- آیا صبح ها زودتر از تمایل تان از خواب بیدار می شوید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۲۸- آیا بر اثر عوامل محیطی نظیر سر و صدا، گرما، سرما، نور محیط و غیره از خواب بیدار می شوید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۲۹- آیا برای خواب از بالش و پتوی نرم و مناسب با نوع خوابیدن خودتان استفاده می کنید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۳۰- آیا قبل از خواب شبانه خوارکی های سنگین یا نوشیدنی های خاص مصرف می کنید؟

بله □ خیر □

۳۱- آیا در طی روز ورزش های ساده و موثر انجام می دهید؟

خیر □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۳۲- فکر می کنید مشکلات خواب شما تا چه اندازه با فعالیت روزانه شما تداخل دارد (مثل خستگی

روزانه، توانایی فعالیت حین کار، فعالیت های روزانه، تمرکز، حافظه، خلق و غیره)؟

اصلاً تداخل ندارد □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۳۳- فکر می کنید مشکلات خواب شما در زمینه آسیب زدن به کیفیت زندگی شما تا چه حد برای

دیگران قابل توجه است؟

اصلاً قابل توجه نیست □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

۳۴- تا چه حد نسبت به مشکل اخیر خواب خود ناراحت/پریشان هستید؟

اصلاً □ کمی □ تا اندازه ای □ زیاد □ خیلی زیاد □

تشکر و قدردانی :

با تشکر و سپاس فراوان از زحمات سرکار خانم دکتر زهره یزدی – متخصص طب کار و استادیار دانشگاه علوم پزشکی و همچنین قدردانی از کلیه کسانی که با ما در انجام این مطالعه همکاری داشته اند .

پایان